



## Terapia Escalonada Parte B 2025

- Este documento incluye una lista de medicamentos de nuestro plan que actualmente requieren que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición, esto se denomina Terapia Escalonada. El criterio de terapia escalonada requiere que se use un medicamento preferido antes de cubrir un medicamento no preferido para esa misma condición médica. El medicamento preferido tiene la misma indicación, es igual de eficaz, pero suele tener un menor costo.

*Ejemplo:* el medicamento A (preferido) y el medicamento B (no preferido) se utilizan para tratar la misma condición médica. El criterio de terapia escalonada requiere que primero se utilice el Medicamento A (preferido). Si se intenta y falla el medicamento preferido o el mismo no es clínicamente apropiado, entonces se cubrirá la alternativa no preferida.

- Ciertas condiciones médicas pueden quedar excluidas del requisito de terapia escalonada.
- El requisito de terapia escalonada no se aplica si se ha recibido tratamiento con la alternativa no preferida en los últimos 365 días. La terapia escalonada de la Parte B solo se aplica a los pacientes que comienzan la terapia por primera vez.
- Usted puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción a las reglas de cobertura. El proceso de terapia escalonada permite la solicitud de cobertura del medicamento no preferido a través de una solicitud de excepción. Nuestro plan aprobará su solicitud de excepción si los medicamentos preferidos que se enumeran a continuación no serían tan efectivos para tratar su condición y/o le causarían efectos médicos adversos. Usted o su médico deben comunicarse con nosotros. Cuando solicite una excepción, debe enviar una justificación de su médico que respalde su solicitud. Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores al recibo de la justificación enviada por su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico entienden que su salud podría verse seriamente dañada si espera hasta 72 horas por una decisión. Si se concede su solicitud de evaluación acelerada, debemos darles una decisión a más tardar 24 horas después de recibir la justificación de su médico.

Fecha de efectividad: 01/01/2025

Fecha de publicación: 02/12/2025

## Lista de Medicamentos de Terapia Escalonada de la Parte B 2025

Clase Terapéutica o Agente	Medicamento Preferido	Medicamento No Preferido con terapia escalonada
<b>Agentes Estimulantes de la Eritropoyesis</b>	Retacrit (Biosimilar de Procrit y Epogen)	Procrit Epogen Aranesp
<b>Agentes Autoinmunes</b>	Avsola, Infliximab, Remicade Tofidence (Biosimilar de Actemra)	Orencia Actemra Cimzia Ilumya Entyvio Simponi Aria Inflectra Renflexis (Biosimilar de Remicade) Tyenne
<b>Agentes Hialurónicos</b>	Inyección única: Durolane, Synvisc-one  Tres inyecciones: Synvisc, Gel-Syn	Inyección única: Gel-one, Monovisc. Dos inyecciones: Hymovis. Tres inyecciones: Euflexxa, Orthovisc, Sodium hyaluronate (Synojoynt), Triluron, Trivisc. Cinco inyecciones: Genvisc 850, Hyalgan, Visco-3, Supartz.
<b>Hematológico, Neutropenia - Factores Estimulantes de Colonia: Acción Corta</b>	Zarxio	Neupogen Nivestym, Granix and Releuko (Biosimilares de Neupogen) Leukine
<b>Hematológico, Neutropenia - Factores Estimulantes de Colonia: Acción Prolongada</b>	Fulphila Fylnetra Nyvepria Ziextenso Udenyca Stimufend (Biosimilares de Neulasta)	Neulasta Neulasta OnPro Rolvedon

Fecha de efectividad: 01/01/2025

Fecha de publicación: 02/12/2025

<b>Clase Terapéutica o Agente</b>	<b>Medicamento Preferido</b>	<b>Medicamento No Preferido con terapia escalonada</b>
<b>Inmunoglobulinas</b>	Intravenoso: Gamunex-C*, Octagam. Subcutáneo: Cutaquig, Hizentra, Xembify. *Nota: Gamunex-C se puede administrar por vía intravenosa o subcutánea.	Intravenoso: Asceniv, Bivigam, Flebogamma DIF, Gammaked*, Gammagard*, Gammagard S/D, Gammaplex, Panzyga, Privigen. Subcutánea: Cuvitru, HyQvia. *Nota: Gammaked y Gammagard se pueden administrar por vía intravenosa o subcutánea.
<b>Dislipidemias</b>	Repatha	Leqvio
<b>Agonistas de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH): Cáncer de Próstata</b>	Trelstar Eligard Lupron	Zoladex Fensolvi Camcevi Triptodur
<b>Anticuerpos Monoclonales; Antineoplásicos-Rituximab</b>	Ruxience (Biosimilar de Rituxan)	Rituxan Riabni, Truxima (Biosimilares de Rituxan)
<b>Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (Edema Macular)</b>	Pavblu	Eylea Vabysmo Beovu
	Byooviz, Cimeril (Biosimilares-Intercambiable de Lucentis)	Susvimo Lucentis
<b>Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (No aplica para la degeneración macular o edema macular)</b>	Zirabev, MVASI (Biosimilares de Avastin)	Avastin Alymsys, Vegzelma (Biosimilares de Avastin)
<b>Agentes Trastuzumab</b>	Ogivri and Trazimera (Biosimilares de Herceptin)	Herceptin Kanjinti, Ontruzant and Herzuma, Hecessi (Biosimilares de Herceptin)
<b>Agentes Neuromusculares</b>	Evrysdi	Spinraza

Fecha de efectividad: 01/01/2025

Fecha de publicación: 02/12/2025

<b>Historial de Cambios</b>	
<b>Fecha</b>	<b>Resumen de Cambios</b>
01/22/2025	Se elimina Rituxan Hycela de la clase terapéutica Anticuerpos Monoclonales; Antineoplásicos-Rituximab.
02/12/2025	Se eliminan por drogas inactivas: Carimune NF y Gamimune de la clase terapéutica Inmunoglobulinas, Macugen de la clase terapéutica Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (Edema Macular), Ixifi de la clase terapéutica Agentes Autoinmunes y Avzivi de la clase terapéutica Inhibidor del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular.

MMM Healthcare, LLC., cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Y0049\_2022 5040 0007 1\_C.

Fecha de efectividad: 01/01/2025  
Fecha de publicación: 02/12/2025